

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1904-1905. — N° 60

DES
Hémorragies Intra-Péritonéales

DANS
les Cas de Fibromes utérins

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PERRIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 6 Juin 1881, à Flachères (Isère)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1904

DES
HÉMORRAGIES INTRA-PÉRITONÉALES

DANS
les Cas de Fibromes utérin

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1904-1905. — N° 60

DES

Hémorragies Intra-Péritonéales

DANS

les Cas de Fibromes utérins

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André PERRIER

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né le 6 Juin 1881, à Flachères (Isère)



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}

3, Rue Stella, 3

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET, DOYEN.
HUGOUNENQ, ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY FABRE. X...
Cliniques chirurgicales	AUGAGNEUR.
Clinique obstétricale et Accouchements	PIERRET.
Clinique ophtalmologique	WEILL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	MONOYER.
Clinique des maladies mentales	HUGOUNENQ.
Clinique des maladies des enfants	CAZENEUVE.
Physique médicale	BEAUVISAGE.
Chimie médicale et pharmaceutique	LORTET.
Chimie organique et Toxicologie	TESTUT.
Matière médicale et Botanique	RENAUT.
Parasitologie	MORAT.
Anatomie	TEISSIER.
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	MAYET.
Pathologie interne	TRIPPIER.
Pathologie externe	POLLOSSON (M.)
Pathologie et Thérapeutique générales	ARLOING.
Anatomie pathologique	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	COURMONT (J.).
Médecine expérimentale et comparée	SOULIER.
Médecine légale	FLORENCE.
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Hygiène administrative	ROUX, —
Thérapeutique générale	COLLET, —
Accouchements	COMMANDEUR, —
Matière médicale	MOREAU, —
Embryologie	REGAUD, —
Anatomie topographique	ANCEL, —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL. PIC. PAVIOT. NOVE-JOSSERAND BERARD. SAMBUC.	MM. BORDIER. COURMONT (P.). CHATIN. VILLARD. TIXIER. REGAUD.	MM. CAUSSE. ANCEL. CHARVET. COMMANDEUR. GAYET.	MM. MOREL. NEVEU-LEMAIRE NICOLAS. PATEL. PLAUCHU, ch...
---	--	---	--

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (M.), Président; M. POLLOSSON (A.), Assesseur;

MM. NOVE-JOSSERAND, et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

A CEUX QUI M'ONT TÉMOIGNÉ DE LA SYMPATHIE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR MAURICE POLLOSSON

Professeur de Médecine opératoire
Chirurgien-Major de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

AUGUSTE POLLOSSON

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien-Major de la Charité

INTRODUCTION

Depuis quelques années, on a fait table rase de toutes les anciennes théories émises sur la pathogénie des hématoécès péri-utérines. Actuellement, quand on diagnostique un épanchement sanguin constitué rapidement dans le péritoine pelvien d'une femme, on ne songe qu'à la rupture d'un sac de grossesse ectopique ou à un avortement tubaire. Toutes les autres interprétations sont éliminées. S'il est vrai que la grossesse extra-utérine est le plus souvent en cause, presque toujours même, il ne faut pas pour cela n'accepter jamais un autre mécanisme possible.

Et cependant, on voit que les observations les plus probantes que les auteurs de la période précédente avaient réunies pour édifier leurs théories, sont tenues pour fausses par la plupart des gynécologistes actuels. « Ces observateurs ont mal vu, disent-ils ; s'ils n'ont pas trouvé d'embryon c'est qu'ils ne l'ont pas assez cherché au milieu des caillots, ou bien que déjà il était résorbé. Toute observation non conforme à la théorie moderne est tenue pour suspecte.

Il est pourtant des cas où l'on trouve autre chose à la source de ces hémorragies internes. Malheureusement

on ne s'en rend pas toujours compte. En effet que fait-on en présence d'une hématoçèle ? Le plus souvent, comme on sent bomber la tumeur dans les culs-de-sac vaginaux, on la ponctionne ou on l'ouvre par une colpotomie, on évacue le sang, les caillots, on tamponne, on draine, et ainsi, la malade est bien soignée sans doute, mais on ne s'est pas rendu compte des lésions qui ont produit l'hémorragie. Il est regrettable qu'on ne fasse pas davantage de l'anatomie pathologique sur le vivant, on verrait peut-être alors qu'il ne faut pas être aussi exclusif qu'on l'est au sujet de cette question.

Monsieur le professeur agrégé Aug. Pollosson a eu l'occasion d'observer cette année dans son service un cas absolument indubitable d'hématoçèle grave en dehors de toute grossesse extra-utérine ; cela chez un malade portant un fibrome sous-péritonéal. Il a bien voulu nous confier le soin de rechercher dans la littérature médicale les cas analogues qui auraient été publiés pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous le remercions vivement de s'être intéressé à nous comme il l'a fait pendant cette année où nous avons suivi son service ; il nous a prodigué ses conseils pour notre instruction et pour la rédaction de ce travail. Nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

MM. les docteurs Jamin, Violet, Quincieu et Pellanda peuvent être assurés eux aussi que nous nous souviendrons toujours de leur amabilité.

Monsieur le professeur Maurice Pollosson a accepté de présider notre thèse, nous faisant ainsi un grand honneur, nous ne l'oublierons pas ; qu'il veuille croire à notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Longtemps nous avons parcouru les traités et les diverses publications gynécologiques, à la recherche d'un cas pareil à celui que M. Pollosson avait observé. Nous n'en avons trouvé aucun avant 1882. Cela à notre grand étonnement ; nous comptions en effet en trouver sinon un grand nombre, du moins quelques-uns ; nous pensions qu'ils devaient être autre chose qu'une exception, une curiosité pathologique. Tous ceux qui ont opéré ou vu opérer des fibromes savent les difficultés qu'il y a parfois pour éviter les hémorragies. Tous ont vu ces grosses veines rampant sous le péritoine, flexueuses, dilatées semblant prêtes à éclater ; elles se déchirent sous la pince, obligent à faire une hémostase préventive en masse en mettant un tube de caoutchouc vigoureusement serré à la base du champ opératoire. Tous ont vu aussi des fibromes environnés de fausses membranes inflammatoires, les fixant aux viscères ou à la paroi, et saignant abondamment sous les tractions pour les déchirer.

Il faut néanmoins arriver à 1882 avec Laroyenne et

Soller pour voir signaler ces faits pour la première fois.

En février 1882, le Dr Soller, alors interne de Laroyenne, fit une communication à la Société des sciences médicales de Lyon, sur trois cas observés à la Clinique gynécologique de la Faculté. On discuta sur ces faits à la séance suivante de la Société et ils furent de suite oubliés.

Cependant Laroyenne avait observé ces trois cas en quelques semaines, et quoi qu'on puisse dire des « Séries », il était bien fondé pour s'étonner de ne pas en trouver plus souvent et de n'en avoir vu signaler nulle part.

M. le Professeur Poncet, dans son article sur l'« *Hématocèle péri-utérine* », du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1886, mentionne la communication de Laroyenne et Soller ; il ajoute qu'il a observé deux fois lui aussi un fibrome accompagné d'hématocèle.

Depuis cette époque nous n'avons rien retrouvé sur la question jusqu'en 1897. M. le Dr Alb. Martin, professeur de clinique obstétricale à l'Ecole de Médecine de Rouen, rapporte alors dans la *Normandie médicale* l'histoire clinique d'une de ses malade.

Enfin cette année, M. Aug. Pollosson en publie deux observations.

Ainsi, bien que Laroyenne, puis M. Poncet, aient attiré l'attention sur ce sujet, on est resté très longtemps sans observer de nouveaux cas.

Peut-être ne les recherche-t-on pas assez. Lors des opérations sur les utérus fibromateux, on trouve à la fin, du sang coagulé dans le cul-de-sac rétro-utérin ; ce sang vient-il toujours d'une hémorragie opératoire ? Les

fausses membranes, les adhérences sont infiltrées de sang ou de pigment sanguin, n'est-ce pas là le résultat de petites hémorragies interstitielles antérieures, assez minimales pour ne pas s'être répandues au dehors ?

Parmi les accidents que présentent les malades, on observe souvent des troubles péritonéaux : les culs-de-sac vaginaux sont empâtés, la malade souffre, elle a une sensation de pesanteur, de lassitude ; peu de fièvre, ce qui écarte l'idée d'une infection. On pense à une poussée congestive, à une réaction du péritoine contre le fibrome. Quelques jours de repos, des tampons glycélinés dans le vagin, un peu de révulsion, rétablissent la malade. Ne pourrait-on pas voir là une poussée de la pelvi-péritonite hémorragique de Dolbeau (1860) que l'on a oubliée maintenant ?

Pour répondre à ces questions, il faudrait observer ces cas en portant son attention sur nos hypothèses. On ne peut pas émettre de théorie sans faire de l'anatomie pathologique. Malheureusement on en a peu fait encore sur ce sujet.

Le cas observé par M. Aug. Pollosson est une rupture de varice à la surface d'un fibrome sous-séreux. Nous allons essayer de montrer la formation de ces varices dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

Varices utérines dans les cas de fibrome. Leur rupture

L'utérus est un organe des plus vascularisés. Il reçoit son sang par deux systèmes artériels. L'un est formé par les artères utérines, branches des hypogastriques, l'autre, par les artères utéro-ovariennes, homologues des spermatiques de l'homme, branches directes de l'aorte abdominale. Les deux artères de chaque côté sont anastomosées à plein canal en sorte qu'on ne sait pas au juste en quel point se fait leur réunion. Les artères apportent à l'utérus une grande quantité de sang, quantité variable suivant l'état physiologique ou pathologique de l'organe : pendant la grossesse, par exemple elles acquièrent des dimensions considérables pour subvenir à la circulation utéro-placentaire et à celle des parois utérines hyperplasiées.

Le système veineux est bien plus riche encore. De chaque côté de l'utérus on trouve un grand nombre de troncs descendant jusqu'aux insertions vaginales, sur les deux faces antérieure et postérieure, une multitude de veines horizontales viennent se jeter dans ces troncs latéraux. Ceux-ci réunis à d'autres vaisseaux venus des parois latérales du vagin, forment les veines utérines qui, cheminant à la base des ligaments larges vont rejoindre l'iliaque interne. Le fond de l'utérus est tributaire d'un autre réseau, le plexus pampiniforme, paquet volumineux de veines flexueuses. Chaque plexus se réduit peu à peu en quelques troncs, de moins en moins nombreux à mesure qu'on s'éloigne de l'utérus, finalement en un seul. Celui de droite se jette directement dans la veine cave inférieure; le gauche au contraire, s'abouche dans la veine rénale. Il y a une valvule au niveau de l'abouchement de la veine utéro-ovarienne droite, il n'y en a pas à gauche.

Les deux réseaux, comme les réseaux artériels sont entre eux, en communication large; le sang passe librement de l'un à l'autre suivant les modifications de la tension sanguine.

Ces veines sont en général avalvulées, ou du moins les rares valvules qu'on y trouve sont tout à fait insuffisantes. Tant qu'elles cheminent dans l'intérieur des tissus utérins, le muscle leur sert de soutien, les empêche de se laisser dilater; mais dès qu'elles arrivent à la surface, sous le péritoine ou dans le tissu cellulaire lâche des ligaments larges, soumises par les fonctions utérines à des alternatives de travail et de repos relatif, elles se laissent distendre par la colonne sanguine rétro-

grade ou par la trop grande quantité de sang apportée par les artères, au moment des périodes menstruelles par exemple.

Aussi sont-elles souvent variqueuses, même en dehors de tout processus pathologique de l'organe, et le varicocèle tubo-ovarien de Richet et Devalz et de Puech est une affection très fréquente.

La stase veineuse, cause de cette dilatation, est facile à comprendre. Les veines qui résultent de la réunion de tous les troncs des plexus ont un calibre insignifiant à côté du calibre total de leurs affluents. Il faudrait que le courant sanguin eût une vitesse très grande pour tout évacuer ; la direction verticale ascendante, le mode d'abouchement dans la veine rénale à gauche gênent ce courant.

Avant la menstruation les artères sont de petit calibre, la circulation peu intense, les veines suffisent à leur tâche. Il n'en est pas de même dès que la vie génitale est commencée, les grossesses en particulier amènent des troubles considérables dans la circulation. Les fibromes agissent de même.

Les fibromes eux-mêmes sont peu vascularisés, du moins dans les cas ordinaires. Il existe en effet des fibromes, dits télangiectasiques, qui ont au contraire un aspect de tissu érectile, creusés de cavités revêtues d'endothélium, gorgées de sang. Les fibromes, ordinaires ou télangiectasiques, causent des modifications circulatoires que l'on peut comparer à celles causées par la grossesse. Le nom de *grossesse fibreuse* que Guyon donnait à la fibromatose utérine dans sa thèse d'agrégation (1860), est bien justifié à ce point de vue.

Dans un utérus fibromateux, les dimensions, la cavité, la musculature sont augmentées, la circulation est intense comme dans un utérus gravis.

Tout autour de la tumeur, les veines sont dilatées, formant des sinus analogues à ceux de la grossesse. Leur paroi est mince et peu résistante ; elle est formée par un endothélium à cellules plates et larges, dont les noyaux sont gonflés, et par un tissu conjonctif formant une bande mince et claire qui le sépare du tissu utérin. Le muscle leur prête sa résistance tant qu'elles y sont plongées, mais sous le péritoine, ou sous la muqueuse elles sont volumineuses, présentent des saillies où la paroi est si mince qu'on croit qu'elle va se rompre si on la touche.

On a observé des cas de rupture de ces sinus sous-muqueux, causant des hémorragies abondantes foudroyantes qui peuvent amener la mort en quelques heures. Ces cas sont assez rares, les traités classiques mentionnent ceux de Cruvelhier et de Duncan.

Voici l'observation de ce dernier :

OBSERVATION

Edimb., méd. Journ., 1867

Miss G..., très grosse et très anémique, m'avait consulté au printemps 1863. Je diagnostiquais facilement une tumeur fibreuse de l'utérus. Le bord supérieur de la tumeur atteignait presque l'ombilic, son diamètre ne devait pas avoir plus de trois pouces.

Elle se plaignait d'avoir des métrorragies mais en ignorait

la cause. Elle passa l'été au bord de la mer et revint à Edimbourg en automne.

Je reçus alors un message pressant où l'on me demandait d'aller la voir. En l'apercevant je compris qu'elle était mourante et elle mourut en effet peu d'heures après. Le symptôme le plus frappant était une teinte légèrement bleuâtre de la face, une respiration pénible et bruyante, mais non stertoreuse.

Elle ne se plaignait pas et ne ressentait pas de douleur localisée. La peau, le poulx, les bruits du cœur étaient presque normaux ainsi que les bruits respiratoires.

Pendant plusieurs jours elle n'avait pas eu d'hémorragie ; les deux derniers jours elle avait eu seulement un petit écoulement visqueux et brunâtre.

A l'autopsie rien de particulièrement intéressant dans la poitrine, etc. L'ovaire droit contenait un kyste du volume d'une noisette. L'utérus occupait la région centrale de l'hypogastre. Son bord supérieur était au niveau de l'ombilic, son col hypertrophié. Une tumeur sphérique, dure, ayant plus de trois pouces de diamètre occupait le fond utérin. Des sinus veineux qui auraient contenu une plume de corbeau la pénétraient en tout sens. En bas elle se projetait un peu dans la cavité utérine déformée et élargie. Partout elle était entourée de tissu utérin épaissi et dans les parties adjacentes à la tumeur se trouvaient des sinus énormes tels qu'on en observe dans la grossesse. Ces sinus étaient larges surtout au-dessus et au-dessous de la tumeur, et rétrécis sur les côtés ; ils émergeaient entre les couches du ligament large. La cavité utérine déformée et agrandie par la projection de la tumeur contenait un mucus brunâtre. Sa muqueuse était pâle, unie et saine et pour un observateur peu attentif ne présentait qu'un petit caillot. En l'examinant on voyait qu'il s'était produit à travers une petite ouverture ronde qu'il ne remplissait pas complètement. L'ouverture avait 1/12 de pouce de diamètre et ressemblait assez à l'ouverture d'un sinus veineux produit par le décollement du placenta. Une sonde pouvait aisément la traverser pour aller dans les sinus veineux déjà mentionnés. Le caillot avait

environ deux lignes de longueur et venait d'un sinus rompu et vide.

Les troubles vasculaires entretenus par le fibrome se font sentir dans tout le pelvis. Tous les organes en sont congestionnés, ont leurs vaisseaux plus ou moins dilatés et gorgés de sang. C'est ainsi que Rokitansky a vu une hémorragie mortelle se faire par une veine de la paroi vésicale chez une femme fibromateuse.

Ces hémorragies externes sont les moins graves. On voit saigner et on est conduit de suite à chercher la source pour faire l'hémostase.

Au contraire, les hémorragies internes peuvent se faire dans de telles conditions qu'elles égarent le diagnostic et comme il faudrait intervenir d'urgence on laisse mourir la malade. Tel est le cas cité dans les ouvrages de médecine légale, où trois médecins firent trois diagnostics différents : l'un pensa à un empoisonnement, l'autre à une attaque de choléra, le troisième à une occlusion intestinale. Il s'agissait d'une rupture de grossesse tubaire. Il en aurait été de même s'il se fût agi d'un cas analogue à celui que nous rapporterons plus loin.

Des varices sous-séreuses d'un fibrome peuvent saigner à l'intérieur de la cavité péritonéale ou entre la séreuse et le corps utérin. Ces dernières hémorragies formant une nappe de caillots entre la séreuse et le muscle sont relatées assez souvent dans les observations de torsion du pédicule d'un fibrome. Dans ces conditions, en effet, les voies d'apport du sang sont conservées, les artères ne se laissant pas écraser complètement : les veines, au contraire, sans résistance son t

oblitérées à peu près entièrement. La pression devient donc très forte dans toute la masse. De plus, il se produit rapidement des troubles trophiques, du sphacèle de la tumeur par suite de la stase sanguine et peut-être aussi par le défaut d'action trophique des nerfs comprimés et distendus par la torsion du pédicule. Les parois vasculaires atteintes dans leur vitalité ne peuvent plus résister à la pression, elles se laissent dilater outre mesure et finissent par se rompre sous la capsule.

Tel est cas de Schwartz, présenté par Mermet à la Société anatomique de Paris, en juin 1896; tel aussi celui de Pillet, à la même Société en 1897. Les tumeurs présentaient à la coupe une zone périphérique sous-séreuse gorgée de sang noir et épais et dans leur intérieur de nombreux noyaux apoplectiformes.

La dilatation veineuse n'est pas uniquement passive et mécanique, car les artères participent à l'ectasie vasculaire; on a vu souvent l'utérine avoir la grosseur d'un petit doigt.

L'importance des vaisseaux entourant la tumeur est variable suivant la position qu'elle occupe, suivant qu'elle est pédiculée ou non, suivant son volume. Tant que les connexions du fibrome et de l'utérus sont larges (nous avons dit que les vaisseaux siègent dans les tissus utérins et non dans le fibrome) l'enveloppe vasculaire est considérable. Mais, par exemple, quand un fibrome sous-séreux se pédiculise, ne tient plus à l'utérus que par une mince bande de tissus les vaisseaux disparaissent peu à peu; la tumeur peut même être privée complètement de circulation d'origine utérine et ne recevoir sa nourriture que des organes voisins par des vaisseaux

de néoformation dans les adhérences qui s'établissent. Ces fibromes qui ne tiennent pour ainsi dire plus à l'utérus, qui même parfois en sont complètement détachés, seront rarement la cause d'un accident pareil à celui que nous avons observé. Pour un fibrome très volumineux il en sera de même, les vaisseaux ne se trouvant que sur les bords de la tumeur. La situation latérale est en faveur du développement des varices. C'est en effet, sur les bords de l'utérus que sont les gros troncs vasculaires, le fibrome les gênera mécaniquement par sa présence, en plus de la suractivité qu'il leur imprime.

La structure du fibrome est peu importante ; les varicosités ont été observées aussi souvent sur les fibromes très durs que sur les fibromes mous et même téléangiectasiques.

Ces veines énormes, flexueuses, présentant des dilations, sont connues de tous les chirurgiens. Peut-on leur donner le nom de varices ? L'examen histologique n'a été fait que rarement. Cependant on a constaté l'atrophie des parois vasculaires, qui ne sont représentées que par l'endothélium, dont les cellules sont troublées dans leur nutrition et par une mince membrane conjonctive. Ce ne sont pas des varices proprement dites, puisqu'il n'y a pas d'hyperplasie inflammatoire des éléments de la paroi. Cependant cliniquement ces veines ressemblent aux varices, et nous leur donnons ce nom pour rappeler l'insuffisance de leurs tuniques.

Ces varices peuvent se rompre dans diverses circonstances. La tension sanguine à leur intérieur peut être augmentée par suite de congestion physiologique, lors

des périodes menstruelles, ou à l'occasion d'une grossesse. Des inflammations de voisinage, métrite, salpingite, pelvi-péritonite, par exemple, agiront de même. L'hypertrophie du cœur, la phlébite et la thrombose des veines des membres inférieurs et du bassin que l'on observe parfois dans les cas de fibrome augmenteront elles aussi la pression endovasculaire. Des obstacles mécaniques, comme la présence de matières fécales dans le gros intestin chez une femme constipée (et on sait combien elles le sont presque toutes) gêneront la circulation de retour. Le fibrome lui-même (cela est rare) peut comprimer les veines iliaques internes et entraver le cours du sang venu par les veines utérines.

Si, dans un de ces cas, la malade fait un effort, pour aller à la selle, par exemple, ou pour porter un fardeau comme la malade qui a motivé notre travail, les varices pourront ne pas résister à l'augmentation brusque de la pression et, en un point faible, elles se laisseront déchirer.

Que va-t-il se passer alors ? le sang trouvant une large brèche, étant accumulé sous tension, s'échappe à flots et se répand dans les tissus voisins. Si, par bonheur, la rupture reste sous-péritonéale, il se forme une poche, un hématome dans lequel, en peu de temps, la pression est aussi grande que dans la veine et l'hémorragie s'arrête.

Entre les feuillets du ligament large l'hématome pourra atteindre un volume considérable mais sans que la malade soit saignée à blanc. Ces hématocèles extra-péritonéales, causées par un fibrome, comme celles produites par toute autre cause, sont bien moins graves

que les hématoécèles proprement dites, intra-péritonéales.

Si, au contraire, la rupture intéresse la séreuse en même temps que la veine, l'hémorragie se fera dans la cavité et alors nous avons deux cas à envisager.

Dans un péritoine sain, le sang pourra s'épancher librement, pas de brides pour l'arrêter, pas de tendance à la coagulation ; il coulera à flots, et, avant que le sac péritonéal soit plein la femme sera morte d'anémie suraiguë.

Tout autre est le cas où le péritoine est malade. Heureusement, il en est ainsi ordinairement ; comme nous le verrons ultérieurement, le fibrome détermine souvent la formation d'adhérences péritonéales ; celles-ci cloisonnent la grande cavité et limitent l'épanchement. Nous pourrions donc dire comme pour une rupture de grossesse tubaire : péritoine sain, pronostic très grave ; péritoine malade, pronostic favorable.

CHAPITRE III

Symptômes. — Traitement

La symptomatologie de ces hémorragies internes foudroyantes est peu caractéristique. La malade ressent dans l'abdomen une douleur violente, localisée ou diffuse ; puis elle devient faible ; on la voit pâlir, son pouls est petit, incomptable ; ses extrémités sont froides, elle a des sueurs profuses et une sensation de mort imminente. Et c'est, en effet, ce qui la menace à bref délai si l'on n'intervient pas.

On peut connaître les anamnétiques : la malade dit qu'elle a été soignée pour un fibrome, ou bien elle le fait comprendre en disant qu'elle a eu des métrorragies, des douleurs, divers accidents qu'elle signalera. Si l'on ne sait rien, il ne faut guère compter sur l'examen pour diagnostiquer le fibrome et mettre en avant l'hypothèse

d'hématocèle causée par lui. On sent au palper, au toucher, combinés ou non, une tumeur plus ou moins dure et il est permis de faire toutes les hypothèses : kyste de l'ovaire, utérus gravide, fibrome, on ne peut dire que tumeur.

D'autre part, on sent de la fluctuation dans le Douglas. Le cul-de-sac postérieur est refoulé, déformé, saillant, plus ou moins tendu. Cette sensation existe aussi dans les culs-de-sac latéraux. Cette constatation, jointe à l'aspect anémique de la patiente, fait songer de suite à une collection hématique intra-abdominale. Faut-il chercher à faire un diagnostic plus approfondi, savoir si l'on est en présence d'un kyste de l'ovaire, rompu ou tordu sur son pédicule, d'une grossesse tubaire ? Nous ne le croyons pas. Le temps presse, chaque minute perdue se traduit par une perte de sang plus abondante. Il faut se hâter de préparer une intervention.

On achèvera le diagnostic quand le ventre sera ouvert. On sait que du sang coule, il faut mettre une pince sur le vaisseau.

C'est le seul diagnostic et le seul traitement qui importe pour la malade, pour le chirurgien par conséquent. En attendant que l'on soit prêt pour l'intervention, on fera le traitement indiqué dans toutes les anémies traumatiques : injection de sérum de Hayem, sous-cutanées ou intra-veineuses. Faut-il donner à la malade des excitants tels que de l'éther, de la caféine ? Non : le cœur est bien assez fort pour mouvoir la faible masse sanguine qui reste dans les vaisseaux. Nous croyons, au contraire, qu'il vaut mieux user de l'opium et mettre ainsi tout l'organisme au repos. Que penser

du sérum gélatiné ? Il ne vaut pas une pince hémostatique et il est aussi long à préparer et à utiliser d'une façon absolue que les instruments. Si les préparatifs sont trop longs, on peut, comme dans les hémorragies de la délivrance, faire temporairement de la compression de l'aorte abdominale.

Nous faisons donc une laparotomie, un peu exploratrice, mais curative en même temps. A grand coups de tampon, on déblaie les caillots, le sang liquide et on voit la source qu'il faut tarir. Le plus rapide est d'essayer de pincer le vaisseau en amont et en aval de la lésion. Si l'on n'y parvient pas, car ces vaisseaux — nous l'avons vu plusieurs fois pendant des hysterectomies — se déchirent sous la pince et saignent à côté, il faudra placer de longues pinces sur les ligaments larges, faire une ligature en masse des vaisseaux et refermer en partie. Il ne faut pas, à ce moment, vouloir faire une hysterectomie ou une myomectomie. La malade est trop faible, il faut lui éviter tout nouveau shock ; il faudra alors lui donner ces excitants que nous défendions antérieurement, des boissons chaudes un peu alcoolisées, du sérum et, ce qui vaut mieux, s'il y a anémie cérébrale, syncope, faire de l'autotransfusion.

La syncope a pu se produire dès le début des accidents et c'est là une circonstance heureuse ; car, grâce à elle, l'hémorragie a pu s'arrêter, et, pendant ce temps, des caillots se former qui oblitérent l'orifice.

Les cas foudroyants doivent être excessivement rares, par ce fait heureux que le fibrome, par sa présence antérieure, a irrité le péritoine, créant un dépoli de la

sérieuse causant des adhérences. Ainsi l'irruption du sang est quelque peu gênée dans sa vitesse et l'hémostase naturelle est favorisée par l'état pathologique du péritoine. Les accidents quoiqu'ils graves ne seront donc pas toujours mortels. Nous n'avons d'ailleurs trouvé aucun cas de mort par rupture spontanée de ces varices.

Les observations sont peu nombreuses ; en dehors de la malade de M. le Professeur Aug. Pollosson, il nous a donné l'observation d'une autre malade de sa clientèle. Nous avons trouvé encore une observation de M. le docteur Martin, professeur à l'Ecole de Médecine de Rouen.

Enfin, trois autres cas nous ont été fournis par la communication de Laroyenne et Sollier en 1882 à la Société des Sciences médicales de Lyon.

Voici d'abord l'observation qui a motivé notre travail.

OBSERVATION

Communication de M. le Professeur Aug. Pollosson à la Société
de Chirurgie de Lyon, 2 juin 1904

Hémorragie intra-péritonéale dans le cas de fibrome

Il s'agit d'une femme de 40 ans, célibataire, n'ayant jamais eu d'enfants. Elle exerce la profession de domestique. Il n'y a aucun antécédent pathologique. La menstruation a toujours été régulière, dans ces trois ou quatre dernières années la durée des règles était seulement un peu augmentée. L'augmentation légère du ventre avait été interprétée comme une légère obésité.

En somme, cette femme se considérait comme en parfaite

santé lorsque apparurent les accidents brusques que nous allons rapporter.

Le 22 mai 1904, la malade était dans la rue, portant un panier, lorsqu'elle fut prise brusquement de violentes douleurs abdominales plus marquées à gauche. Elle est obligée de s'asseoir ; elle est ramenée chez elle en voiture ; dans la nuit, les douleurs persistent ; quelques vomissements surviennent, l'abdomen est distendu, et le palper, rendu de ce fait très difficile.

Le lendemain, amélioration légère ; le surlendemain, la malade est transportée à l'hôpital. Le soir de son entrée la température est de 38° 2.

A l'examen on perçoit dans l'abdomen une tumeur dure, arrondie, donnant la sensation d'un fibrome utérin, du volume d'une grossesse de trois mois.

Latéralement la palpation de l'abdomen est un peu douloureuse : on a de la submatité dans le flanc gauche.

On porte donc le diagnostic de fibrome utérin ; mais quant à l'interprétation des accidents aigus, on ne peut faire qu'une hypothèse : s'agit-il d'une poussée brusque d'appendicite ? S'agit-il d'une grossesse tubaire récente rompue dans le péritoine ? S'agit-il de la torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire assez petit pour ne pas être nettement perçu ? On peut faire ces diverses hypothèses, sans affirmer l'exactitude d'aucune.

Le 26 mai 1904, laparotomie. A l'ouverture on constate que le péritoine est rempli de sang, soit dans les parties déclives, soit entre les anses intestinales ; on peut apprécier le sang épanché à un demi-litre ou un litre.

La toilette étant faite on enlève le fibrome par l'hystérectomie sub-totale ; on ne constate rien d'anormal du côté des ovaires et des trompes, et à ce moment l'interprétation de l'hémorragie n'est pas encore faite.

C'est seulement à l'examen de la pièce que l'on voit nettement la pathogénie des accidents.

La tumeur fibromateuse, du poids de 1600 grammes, est de forme irrégulière. A sa surface et dans sa partie supérieure, on

DESSIN SCHÉMATIQUE DES PIÈCES DE L'OBSERVATION DU 2 JUIN 1904
(VOIR PAGE 26)



1. Gros troncs veineux superficiels, sous la couche superficielle de la capsule.
2. Varice ectasiée rompue en un point d'où s'échappe un caillot.
3. Coupe du Péritoine.
4. Coupe du ligament rond.
5. Fibrome sous-péritonéal.
6. Sonde dans la cavité utérine.
7. Coupe du ligament large.
8. Ovaire.
9. Trompe.



PHOTOGRAPHIE D'APRÈS UN CLICHÉ DE MM. LUMIÈRE

constate une arborisation de veines superficielles distendues, gorgées de sang, et d'aspect variqueux. Puis, à la partie moyenne du fibrome, une grosse veine présente une déchirure très évidente, dans laquelle on constate un caillot qui fait saillie au dehors et se prolonge dans le calibre de la veine.

Dans la partie inférieure, la surface du fibrome présente des arborisations de veines volumineuses complètement vides.

Il s'agit donc d'une inondation péritonéale brusque sous l'influence de la rupture d'une veine variqueuse à la surface d'un fibrome.

Nous reproduisons un schéma des pièces ainsi que leur photographie. On voit nettement la veine rompue, le caillot qui y adhère encore. Nous espérons donc qu'on ne pourra plus dire comme on le voit dans certains traités classiques : « Il n'existe pas un seul cas prouvé d'hématocèle par rupture d'une veine variqueuse. Toutes les causes données en dehors de la rupture d'une grossesse extra-utérine sont des erreurs d'interprétation. »

Cette observation est un exposé des symptômes que présentent les malades dans ces cas de rupture veineuse où l'hémorragie s'arrête d'elle-même, momentanément du moins : Douleurs pelviennes intenses, facies décoloré, extrémités froides, pouls filiforme, faiblesse considérable, syncope parfois ; puis surviennent des vomissements, des frissons, la température s'élève au-dessus de 38°, le pouls est rapide, le visage exprime l'anxiété. L'examen de l'abdomen fait constater une tuméfaction dans le Douglas, refoulant l'utérus, fluctuante au début, devenant de plus en plus pâteuse, puis dure. La crépitation n'est pas constante. On pourra penser

qu'il s'agit d'un cas analogue au notre si l'on constate en même temps la présence nette d'un fibrome ou d'une fibromatose utérine ; en dehors de cette constatation tous ces symptômes sont ceux d'une hématoçèle aiguë, de cause quelconque.

Nous avons dit plus haut : arrêt *momentané* de l'hémorragie. En effet si l'on n'était pas intervenu, ce caillot qui oblitérait l'orifice de rupture n'aurait tenu que peu de temps, et, à l'occasion du moindre effort il aurait pu se détacher, laissant l'ouverture libre. Il est même étonnant que cette éventualité ne se soit pas réalisée pendant les transports de la malade de chez elle à l'hôpital, de son lit à la table d'opération, ou pendant les manœuvres pré-opératoires.

Supposons l'hémorragie arrêtée complètement ; le sang coagulé grâce à l'irritation préalable du péritoine va se résorber peu à peu, il laissera un dépôt de fibrine qui sera pénétré par des vaisseaux de néoformation, s'organisera en fausses membranes tout autour de la tumeur primitive. Ces fausses membranes sont peu résistantes et se déchireront à l'occasion des mouvements violents de la malade, de secousses, de chocs. L'hémorragie recommencera et nous aurons une variété d'hématoçèles à poussées successives. Ces rechutes, moins graves chacune que l'accident primitif, puisque l'épanchement se fait alors dans une poche déjà formée, et qu'il est bientôt arrêté, sont néanmoins une cause de souffrances continuelles et d'anémie intense pour la malade.

Une autre variété d'hématoçèle causée par les fibromes avait été énoncée par Laroyenne en 1882. Sans

avoir vu le fait il avait pressenti la rupture possible des varices, mais il pensait aussi à la possibilité d'hémorragies par rupture de fausses membranes. Nous allons essayer de voir dans quelles conditions ces hémorragies pourront se produire.

CHAPITRE IV

Hémorragies en nappe, par rupture d'adhérences dans les cas de fibrome

Les fibromes sous-péritonéaux provoquent parfois une réaction de la séreuse à leur voisinage. Souvent en les opérant on les trouve fixés, maintenus accolés aux viscères abdominaux, à la paroi par des adhérences qui gênent l'opérateur. Parfois on n'observe qu'un état dépoli, rugueux du péritoine dans les points voisins de la tumeur ; d'autrefois la séreuse est épaissie à la surface du fibrome et sur les points en contact avec lui. Cette réaction péritonéale aboutit à la formation de fausses membranes, d'adhérences : la séreuse utérine et la séreuse pariétale ou celle des viscères voisins se fusionnent ; le grand épiploon lui aussi est très fréquemment lésé ; si l'on parcourt une série de comptes-rendus

d'opérations de fibromes superficiels on voit que dans près du tiers des cas l'épiploon est fixé à la surface de l'utérus malade causant ainsi des troubles gastriques et intestinaux. On a vu ces adhérences se faire entre le fibrome et l'intestin. Polaillon a eu un cas de mort par perforation de la fin de l'intestin grêle, causée par la rupture d'adhérences de cette sorte au cours d'une hystérectomie pour fibrome.

Les troubles péritonéaux se traduisent quelquefois par la production d'une ascite. Celle-ci peut se produire en dehors de troubles mécaniques cardiaques ou vasculaires, par la seule réaction de l'endothélium.

Comment le fibrome cause-t-il cette irritation péritonéale? Faut-il faire intervenir l'infection? Nous ne le croyons pas. Le fibrome, aux yeux de tous actuellement, est une production néoplasique, amicrobienne. Certes, son parenchyme peut s'infecter, se gangréner, suppurer, mais c'est alors par inoculation directe de germes septiques venus de la cavité utérine. Les fibromes sous-séreux sont loin de cette cause d'infection et comme tels s'ils infectent parfois, c'est par voie sanguine. Les troubles circulatoires, la stase veineuse que nous avons vue si habituelle, favorisent ce genre d'infection. Elle est rare cependant et le plus souvent lorsqu'un fibrome présente des troubles dans la structure des zones de nécrose, c'est de la mortification aseptique.

L'intestin par contre peut laisser passer des germes à travers ses parois quand elles sont altérées. Or le fibrome qui les gêne, les comprime, les irrite, produit peut-être des altérations suffisantes pour permettre

ce passage. Un autre facteur possible de réaction péritonéale, c'est la salpingite qui accompagne si fréquemment les fibromes et les autres tumeurs utérines. Pourtant la salpingite n'existe pas toutes les fois qu'on voit un fibrome maintenu par des adhérences, du moins cliniquement. Quelle cause invoquer alors ? Il est probable que le péritoine se comporte vis-à-vis du fibrome comme s'il était un corps étranger. Il s'épaissit à son niveau et met une barrière autour de lui l'enfermant comme dans une poche.

Laroyenne et Soller (1882), Poncet après eux dans un article « *Hématocèle* » du *Dictionnaire encyclopédique* admettent que ces fausses membranes peuvent se rompre sous l'influence de mouvements violents ou se congestionner au moment des menstrues au point de saigner, si une cause, comme des excès vénériens, un refroidissement subit, augmentent l'afflux sanguin à leur niveau. Les néoproductions sont parcourues en tous sens par un fin réseau de vaisseaux embryonnaires ou capillaires à paroi peu résistante et privés d'éléments contractiles qui pourraient obturer l'orifice quand ils sont déchirés. En fait, c'est une source d'hémorragies pendant les opérations, hémorragies quelquefois fort abondantes et fort difficiles à tarir. Mais a-t-on observé des hémorragies internes spontanées ayant cette source ? Nous n'en connaissons aucun cas démontré : c'est un accident possible, vraisemblable, mais non prouvé. On aurait dans ces cas des épanchements sanguins peu volumineux, le sang étant arrêté par les brides. Il y aurait des poussées successives, le sang épanché se résorbant incomplètement, laisse un dépôt de caillots

fibrineux. Ceux-ci seront pénétrés de vaisseaux néoformés qui se déchireront à la moindre occasion. Ce serait une sorte d'hématocèle à répétition.

Ce n'est là qu'une hypothèse assurément. Cependant Laroyenne qui y a pensé le premier avait une autorité clinique suffisante pour qu'on puisse rechercher des cas de ce genre. On ne l'a pas fait et nous ne pensons pas qu'on le fasse après notre travail. Nous sommes persuadés cependant que si l'on observait mieux on en trouverait.

S'il s'en présentait, le traitement de l'hémorragie serait autre que dans le cas de rupture veineuse.

Le repos au lit, l'opium pour immobiliser l'intestin, suffiraient à attendre que la malade soit dans un état satisfaisant pour subir une myomectomie ou une hystérectomie.

Avant de terminer cette étude, nous tenons à citer un cas où le fibrome sous-péritonéal a été indirectement cause d'une hématocèle. C'est un cas du Dr Arron, rapporté par Vanverts à la Société anatomique de Paris. C'est la coïncidence du fibrome avec la rupture d'une trompe gravide. Il ne faudrait donc pas éliminer cette dernière parce qu'on aurait trouvé un fibrome dans un cas d'hématocèle. Pour Vanverts, le fibrome avait rétréci le calibre du canal tubaire, laissant un passage suffisant pour les spermatozoïdes, mais trop étroit pour un ovule fécondé.

On trouvera cette observation résumée à la fin de celles que nous allons rapporter, c'est-à-dire la deuxième de M. le Professeur Aug. Pollosson, celle de Martin, de Rouen, celles de Laroyenne et Soller, enfin celle de Vanverts.

Enfin nous citons, à titre purement bibliographique, deux observations qui, bien que ne faisant pas partie de notre sujet, ont une grande analogie avec ce que nous avons observé pour les fibromes : c'est « un cas de mort pendant l'accouchement, par hémorragie interne consécutive à la rupture d'un vaisseau du mésentère » publié par Jacoby, dans le numéro du 3 décembre du *Zentralblatt für Gynækologie* ; et « une cause exceptionnelle de mort chez une parturiente, hémorragie résultant de la rupture d'adhérences péritonéales » publié par Holowko, et rapporté par Jacoby dans le même article.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le professeur Aug. Pollosson).

Jeune femme de 30 ans. Elle présentait un utérus fibromateux du volume d'une grossesse de trois à quatre mois. Elle n'avait pas de métrorragies graves ; on la traitait médicalement et elle avait fait deux ou trois séjours à Salies-de-Béarn. Elle s'y trouvait en traitement lorsqu'elle fut prise d'accidents douloureux qui l'obligèrent à s'aliter. Après une quinzaine de jours de repos au lit elle put être transportée à Lyon. M. Aug. Pollosson la vit à ce moment. Il constata que l'abdomen considérablement distendu présentait à l'examen deux masses assez nettement distinctes. 1° Un utérus fibromateux refoulé en avant et à gauche ; 2° Une tuméfaction énorme de consistance ferme remplissant l'excavation pelvienne d'une façon complète, se continuant avec une tumeur abdominale régulière qui remontait dans l'abdomen jusqu'au niveau du foie, refoulant par son développement l'utérus fibromateux dans la situation indiquée. Cette masse beaucoup plus considérable que l'utérus fibromateux avait dans son ensemble un volume qui n'était

pas loin d'atteindre celui d'une grossesse à terme avec une forme peut-être plus allongée dans le sens vertical et moins volumineuse dans les sens transversal et antéro-postérieur. Cette énorme tuméfaction était évidemment de date récente, sa consistance ferme ne permettait pas de penser à un kyste ou à une péritonite enkystée. Le seul diagnostic possible était celui d'hématocèle. La malade souffrait peu, elle n'avait pas de réaction péritonéale.

La température prise pendant plusieurs semaines oscillait le soir entre 38° et 38°5. On se contenta de l'expectation avec immobilisation au lit et application de glace.

M. Aug. Pollosson se disposait à intervenir par une incision au cas où une élévation thermique lui aurait laissé supposer une évolution suppurative ou infectieuse.

La température tomba à la normale. Au bout d'un mois ou deux le volume de la masse était diminué de façon appréciable. Au bout de six mois le volume de l'hématocèle était semblable à celui de l'utérus fibromateux. Au bout d'un an, elle avait à peine le volume du poing, et après quinze à dix-huit mois la disparition était complète. On ne percevait plus que l'utérus fibromateux lequel d'ailleurs, n'ayant jamais donné de symptômes graves, n'a jamais nécessité d'intervention.

A l'heure actuelle il est encore bien supporté.

OBSERVATION II

(Publiée dans la *Normandie Médicale*, 15 août 1897, par M. Albert Martin, professeur de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

En juillet 1896, il est appelé près d'une religieuse âgée de 39 ans; vierge, sans antécédents génitaux sauf un peu de dysménorrhée. Trois semaines avant la première visite de M. Martin, brusquement pendant la nuit éclatèrent des douleurs abdominales excessivement vives. Un médecin appelé constate une sensibilité extrême de tout l'abdomen; celui-ci est

ballonné, faiblesse générale, petitesse et rapidité du pouls, lipothymies, syncopes répétées. Diagnostic : hémorragie interne grave. C'était à la fin d'une période menstruelle.

Pendant trois semaines elle présente des vomissements, de la rétention d'urine nécessitant des cathétérismes, de la constipation. Le facies est mauvais, la langue sale, il y a de fréquentes lipothymies.

Lorsque M. le Dr Martin la voit, le ventre est devenu souple, ce qui permet d'apprécier le volume de la tumeur abdominale. Elle monte à deux doigts au-dessus de l'ombilic, elle est plus développée à droite qu'à gauche. Pas de toucher vaginal pour respecter l'hymen. Le toucher rectal donne la sensation d'un utérus augmenté de volume, les mouvements transmis de la paroi antérieure de l'abdomen au doigt rectal. Sensation également d'un corps dur, ligneux; il pense à un fibrome, mais il rejette cette opinion à cause des antécédents de la malade qui n'avait jamais rien présenté du côté de l'appareil génital, dont le ventre était plutôt rétracté que saillant avant l'accident. Il pense à une hématométrie pour l'éliminer : la virginité et des raisons morales font éliminer une rupture de grossesse ectopique. Il attend l'opération pour faire son diagnostic.

Opération le 9 juillet. Laparatomie. Il trouve un fibrome gros comme une tête de fœtus à terme, dans le flanc droit et la fosse iliaque, entouré d'adhérences péritonéales nombreuses. Il les rompt et amène des caillots peu abondants (une partie du sang ayant dû se résorber depuis le début des accidents). L'épiploon étendu sur le fibrome est infiltré d'une couche épaisse de caillots. Il résèque cette portion. Le fibrome est rattaché à l'utérus par un pédicule de trois centimètres gros comme le pouce. Il sectionne le pédicule. Explorant le pelvis il trouve l'utérus fibromateux comblant le Douglas ; il y a un deuxième fibrome gros comme deux poings. Il fait une hystérectomie à pédicule externe. En octobre la malade guérie reprend ses occupations. •

M. Martin ne s'est pas rendu compte du mécanisme de

cette hémorrhagie, mais il déclare qu'il n'y avait absolument pas de caillots ailleurs qu'autour du fibrome.

OBSERVATION III

(Observation III de Laroyenne et Soller, des mémoires et des compte-rendus de la Société des sciences médicales de Lyon. Tome XXII. 1882).

Hématocèle consécutive à un fibrome et survenant avec des symptômes subaigus. Ponction.

Jeanne R..., domestique, 52 ans. Entre à la Charité le 7 juin 1881. Réglée à 16 ans toujours normalement, pas de grossesse. Il y a cinq ans début de pertes abondantes qui ont duré deux ans et demi et se sont arrêtées spontanément. Depuis lors les règles n'ont pas reparu, pertes blanches presque constantes.

Il y a onze mois, soit depuis la fin de cette rétention, la malade s'est aperçue d'une petite tumeur siégeant dans l'abdomen, pas plus développée à droite qu'à gauche ; en même temps elle eut des douleurs internes non persistantes, siégeant à droite de l'abdomen.

La tumeur n'a fait qu'augmenter et les douleurs sont beaucoup plus vives depuis trois semaines.

A l'entrée, ventre augmenté de volume, on remarque à la vue des bosselures dont l'une plus considérable est située à gauche ; elle est séparée de deux autres bosselures plus petites par un sillon peu profond. La bosselure de gauche a la consistance d'un fibrome, les deux autres sont fluctuantes, dépressibles.

9 Juin. — Ponction à droite au niveau de la bosse fluctuante. Il sort deux litres d'un liquide hématique, couleur chocolat, visqueux, épais. La tumeur de droite s'affaisse seule et on distingue plus nettement celle de gauche. Les deux sont donc indépendantes et on diagnostique : hématocèle du côté droit consécutive à un fibrome ayant dévié l'utérus à gauche.

Par le cathétérisme on pénètre dans l'utérus (8 cent.) qu'on trouve dévié à gauche et en rétro-flexion.

20 Juin. — La malade n'a plus eu de douleurs. Le côté droit du ventre est devenu presque aussi volumineux qu'à l'entrée, il est plus dur. Nouvelle ponction qui donne issue à un litre de liquide rouge brique. Le 25, la malade sort ne souffrant plus; la tumeur ne s'est pas reformée.

OBSERVATION IV

(Obs. IV de Laroyenne et Soller)

Hématocèle consécutive à un fibrome utérin, survenant avec des symptômes subits et aigus.

Catherine R..., lingère, 40 ans. Entre le 12 mai 1881. Réglée à 13 ans. A 14 ans, fièvre typhoïde, arrêt des règles jusqu'à 18 ans.

Depuis un an les menstrues plus abondantes durent huit à dix jours. En mars 1881, pendant les règles, travail pénible. transpiration, courant d'air. Immédiatement, arrêt des règles. Douleurs violentes hypogastriques et lombaires, ventre tuméfié. Quelques jours après, fièvre, frissons et nausées.

Ces symptômes s'amendent peu à peu, durent un mois sans douleurs notables.

La malade était complètement rétablie, lorsqu'il y a cinq jours, après un effort violent elle fut prise subitement de douleurs très vives dans le ventre. En même temps la tuméfaction du ventre reparait considérable.

A l'entrée, ventre douloureux à la pression, très gros dans le cul-de-sac postérieur, tumeur molle fluctuante douloureuse. Antéversion prononcée. Le cathétérisme utérin donne 9 centimètres. L'utérus est dur, volumineux, bosselé, très perceptible au dessus de la symphyse et derrière elle. On diagnostique fibrome utérin ayant amené une hématocèle.

21 Juin. — Elle sort ne souffrant plus ; la tumeur liquide s'est en partie résorbée par le repos et quelques vésicatoires.

OBSERVATION V

(Obs. V de Laroyenne et Soller)

Hématocèle consécutive à un fibrome utérin survenant subitement avec des symptômes aigus.

Femme R..., 38 ans, tisseuse. Entre le 13 mars 1881. Réglée à 18 ans, toujours normalement sauf depuis un an ; les règles sont plus abondantes et durent cinq à six jours.

Il y a trois semaines, sans cause appréciable, la malade fut prise tout à coup, au moment des règles, de violentes douleurs dans le bas ventre, qui devient volumineux. En même temps vomissements biliaires, étourdissements et lipothymies.

A l'entrée, légère amélioration, mais ventre toujours volumineux et douloureux. Utérus volumineux, dur en antéversion, dépasse le pubis de trois travers de doigt. On sent une tumeur fluctuante et douloureuse dans les culs-de-sac postérieur et latéral droit. Par le palper abdominal on transmet à droite de la fluctuation à la tumeur du cul-de-sac postérieur.

Le cathétérisme utérin donne 9 centimètres.

La malade n'a pas été opérée, elle est sortie et n'a pas été suivie.

OBSERVATION VI

Fibrome sous-péritonéal pédiculé et hématocèle rétro-utérine (par rupture de grossesse tubaire), observation de Vanverts. Bul. de la Soc. Anat., novembre 1896.

B..., 18 ans, blanchisseuse. Entre le 7 septembre 1896 à St-Antoine, service du Dr Arron.

Multipare, réglée normalement, pas de passé génital. En

juillet retard des règles de huit jours, abondance et durée normale. Pendant les huit jours douleurs abdominales. Pas de règles le 1^{er} août, date normale. Nausées. Souffrances de l'estomac, elle se croit enceinte. — Le 17 août, métrorragies qui ont persisté avec une intensité variable. Le 22, vives douleurs, lipothymies, pâleur, vomissements, ballonnement du ventre ; miction normale, défécation douloureuse, les douleurs durerent quatre ou cinq jours puis diminuèrent peu à peu. Tuméfaction abdominale arrondie en haut, médiane, douloureuse au palper. Le col utérin est *mou*. L'hystérométrie accuse 8 centimètres et montre que l'utérus qu'on ne peut palper est repoussé en avant. Les culs-de-sac postérieur et latéraux sont remplis par une tuméfaction volumineuse. La douleur empêche de rechercher la transmission à la tumeur vaginale des mouvements communiqués à la tumeur abdominale. Etat général bon. Température normale. Pas de lait à l'expression des mamelles. M. le D^r Arron pense à une grossesse extra-utérine rompue, accompagnée d'une tumeur ovarienne quelconque.

La température monte à 38°5. Les douleurs augmentent, la tuméfaction rétro-utérine est de plus en plus grosse. Aussi le 11 on intervient d'abord par voie vaginale, puis par laparotomie. Poche salpingienne droite rompue et fibrome implanté sur la corne utérine droite avec adhérence à l'épiploon et au péritoine pariétal. Myomectomie, salpingotomie, Mikuliez. Pincés à demeure sur le ligament large. Sérum artificiel 1.200 gr. en deux fois. Mort le 12 septembre à 5 heures du matin. Les causes de la mort ne sont pas expliquées.

CONCLUSIONS

On peut observer comme accidents causés par les fibromes utérins sous-péritonéaux des hémorragies internes.

Suivant l'état du péritoine ces hémorragies seront diffuses ou enkystées. Diffuses c'est-à-dire très graves dans un péritoine sain ; enkystées, c'est-à-dire bénignes dans un péritoine qui a réagi par des formations fibreuses.

Ces hémorragies peuvent être produites par deux mécanismes différents :

1° Par rupture de varices sous-séreuses ;

2° Par rupture d'adhérences péritonéales.

Dans le premier cas, on assiste à une hémorragie interne à symptômes suraigus ; l'intervention opératoire est urgente.

Dans le second cas, l'hémorragie est plus lente ; d'autre part, elle est enkystée puisque le péritoine est malade.

Le diagnostic est le plus souvent fort difficile. Il ne faut pas s'attarder à le faire quand le temps presse. On assiste à une hémorragie intra-abdominale grave, cela suffit pour avoir le droit d'intervenir chirurgicalement.

Le Président de la thèse,
M. POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
L. LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 5 décembre 1904.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ARAN. — Maladies de l'utérus, 1858.
- BASTARD. — Thrombose veineuse dans les cas de fibromes utérins, Th. Paris, 1882.
- BATUAUD. — Hémorragies dans les cas de fibromes. Th. Paris, 1890-91.
- BOIFFIN. — Tumeurs fibreuses de l'utérus, 1893.
- CARRY. — Mém. et comptes rendus de la Société des Sciences Médicales de Lyon, 1882.
- CESTAN. — Hémorragies et hématocèle pelvienne intra-péritonéales. Gaz. des Hôpitaux (18 juillet 1896).
- COIFFIN. — Etude sur les complications des fibromes. Th. Paris, 1888-89.
- COURTY. — Maladies de l'utérus, 1866.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale. Tome III.
- DELORE et LERICHE. — Gaz. des Hôpitaux (28 mai 1903).
- DEVALZ. — Du varicocèle utéro-ovarien et de son influence sur le développement de l'hématocèle retro-utérine. Th. Paris 1858.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie. Tome VIII.
- DUFOUR. — Pathogénie des hémorragies péri-utérines. Th. Paris, 1896.
- DUNCAN. — Cas de mort par rupture d'un sinus utérin dans un cas de fibrome. Edimb. med. Journ. 1867.

- FRITSCH. — Maladies des Femmes. Traduct. Stass., 1902.
- FREUND W. A. — Über Complicationen des Uterusmyomen.
Centrablatt für Gynécologie 1900.
- Gazette de Gynécologie. 1901.
- HENNIG. — Über die Uterusvenen... Arch. de Virchow, 1893.
- HOLOWKO. — Jahresbericht über die Fortschritte der Geburts-
• hilfe und Gynœkologie. Band XXI.
- JACOBY. — Centralblatt für Gynœkologie, 3 décembre 1904.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité médico-chirurgical de
Gynécologie, 1898.
- LAROYENNE et SOLLER. — Hématocèles consécutives à des
fibromes utérins. Lyon Médical, 1882.
- LAROYENNE et SOLLER. — Arch. de Tocologie, 1882.
- MARTIN Alb. — Hématocèle retro-utérine. Normandie
méd., 1897.
- MERMET. — Fibromyomes. Bull. de la Soc. anat., Paris, 1896.
- MUNDE. — Amer. Gynec. Obst., New-York, tome X.
- PILLET. — Fibrome utérin à pédicule tordu. Bull. Société
anat., Paris, 1897.
- POLAILLON. — Maladies des femmes, 1901.
- POLLOSSON Aug. — Lyon Méd., 7 août 1904.
- PONCET Ant. — Thèse d'Agrégation, 1878.
- PONCET Ant. — Article : hématocèle. Dictionnaire encyclo-
pédique des Sciences médicales, 1886.
- RICHELOT. — Bull. de la Soc. anat., Paris, 1869. page 206.
- RICHE. — Anat. médico-chirurgicale. Ed. 1887, page 988.
- SCHWARZ. — Fibr. utérins à pédicule tordu. C. R. Soc.
d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie, 1900.
- VEIT. — Hématocèle et hémato-péritonite. Berliner-Klin.
Woch., 1890.
- VANVERTZ. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1896.
- WALKER. — Etude sur l'hématocèle pelvienne. Rev. Col.
Edimb., 1897.
- WINKEL. — Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1892.

